

Pystyvyysodotukset, hoito ja alkoholin käytön hallinta

TARJA KALLIO

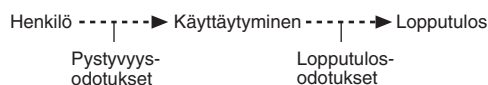
Päihdeongelmaisten kognitiivis-behavioraalisia hoitomenetelmiä on käytetty maassamme 1980-luvun puolivälistä lähtien. USA:ssa 1970- ja 1980-luvulla kehitetyn hoitomallin mukaan päihderiippuvuudesta vapautuminen edellyttää toimintaa ohjaavan ajattelun muutosta ja uudenlaisia selviytymiskeinoja. Siksi hoidossa pyritäänkin muuttamaan päihteiden käyttöä ylläpitäviä ajatuksia, mielikuvia ja tunteita.

Albert Banduran (1986) sosiaalis-kognitiivisesa teoriassa ihmisen motivaatiota ja käyttäytymistä säätelevää kognitiivista rakennetta kutsutaan minäpystyvyudeksi (self-efficacy), johon jatkossa viitataan käsitteellä *pystyvyysodotukset* (kuvio 1). Sillä tarkoitetaan henkilön arviota toimintakyvystään tietyssä tilanteessa. Pystyvyysodotusten ollessa heikkoja henkilö ei välttämättä edes yritä selviytyä stressaavista tilanteista. Pystyvyysodotukset vaikuttavat toimintaan ja esteistä selviytymiseen, tulosodotusten taas ajatellaan olevan niistä riippuvaisia. (Rosentahl & Bandura 1978, 641–642; Wilson 1980, 295–296; Salzer 1982; Eastman & Marzillier 1984; Bandura 1986; Long & al. 1998.)

Kirjallisuudessa käytetään myös käsitettä ”yleistyneet” pystyvyysodotukset (generalized self-efficacy). Ne kehittyvät elämäkokemuksista ja ilmenevät tunteina, ajatuksina ja toimintana, esimerkiksi depressiona, ahdistuksena ja avuttomuutena tai tehtävien suunnitteluna, motivoitumisena, yrittämisenä ja kestävyysstressitilanteissa (Schwartz 1993).

Pystyvyysodotukset ovat yhteydessä päihdehoidon jälkeiseen alkoholin käyttöön (Burling & al. 1989; Sandahl & al. 1990; Solomon & Annis 1990; McKay & al. 1993; Brown & al. 1995; Miller & al. 1996; Noone & al. 1999; Greenfield & al. 2000; Oei & Burrow 2000). Sekä hoidon alussa (Burling & al. 1989; Solomon & Annis 1990;

Kuvio 1. Banduran malli pystyvyysodotuksista ja lopputulosodotuksista



Rychtarick & al. 1992) että lopussa (Sithartan & Kavanagh 1990; Goldbeck & al. 1997; McKay 1999) mitattujen pystyvyysodotusten on todettu ennakoivan seurannan aikaista päihteiden käyttöä. Käytön sisäinen kontrolli vahvistuu hoidossa (Kallio 1989). Koska pystyvyysodotusten vahvistuminen hoidossa on yhteydessä päihteiden käytön hallintaan (Burling & al. 1989), voidaan ristiriitaisista tutkimustuloksista huolimatta olettaa, että hoidon päättymisvaiheen pystyvyysodotukset ennakoivat päihteiden käytön hallintaa hoidon alussa mitattuja paremmin. On myös viitteitä, joiden mukaan hoidon aikaisilla pystyvyysodotuksilla ei voida ennakoida päihteiden käyttöä (Cook & al. 1996; Langenbucher & al. 1996), mutta niillä voi olla yhteys riskeistä selviytymiseen (Allsop & al. 2000), kuten psyykkisillä oireilla ja sosiaalisella tuellakin (McLellan & al. 1983; McLellan 1986, 97–139; Mercier & al. 1992).

Pystyvyysodotusmuutokset voivat selittää hoitotulosvaihtelua, sillä odotukset ovat selittäneet eräissä tutkimuksissa hoitotuloksia yksilön aiempaa selviytymistä paremmin (mm. Rosentahl & Bandura 1978, 641–642; Wilson 1980; Amodio & Kurtz 1990). Tulokset ovat sitä paremmat, mitä luotettavampana pystyvyyttä koskevaa tietolähdettä pidetään. Koska aiemmat tutkimustulokset ovat ristiriitaisia ja potilaiden hoidossa tapahtuvaa muuttumista pidetään tärkeänä, haluttiin asiaa selvittää tutkimuksella.

Alkoholin käytön hallinnan pystyvyysodotuksia on tutkittu retrospektiivisesti, prospektiivisesti ja

Taulukko 1. Sairaalahoidon keskeyttämissyyt (N = 42)

Syy	N	%
Jäi palaamatta lomalta	2	5
Päätti lähteä sovittua aikaisemmin	26	61
Uloskirjoitettu päihteiden käytön vuoksi	5	11
Ei tavoitettu loppuhaastatteluluun	6	14
Siirretty toiseen hoitopaikkaan	2	4
Uloskirjoitus väkivaltaisuudesta	1	5

”reaaliaikaisesti”. Yleisesti käytettyjä mittareita ovat mm. Situational Confidence Questionnaire, SCQ (Annis 1982) ja Alcohol Abstinence Self-Efficacy, AASE (DiClemente & al. 1994), jotka koskevat spesifisesti alkoholin käytön riskitilanteita. Yleistyneitä pystyvyysodotuksia on mitattu mm. J. Jerusalemin ja Ralf Schwarzerin Generalized Self-Efficacy -mittarilla, GSE (Schwarzer 1993; Härkäpää 1995).

Tämän tutkimuksen yleistavoitteena oli lisätä tietoa päihdeongelmaisten hoidosta. Erityistavoitteena oli tutkia kognitiivis-behavioraalisissa hoidossa olevien alkoholiongelmaisten pystyvyysodotusten muuttumista hoidossa ja niiden yhteyttä hoitojakson jälkeiseen alkoholin käytön rajoittamistavoitteessa pysymiseen sekä verrata sairaalaan tulo- ja lähtövaiheen pystyvyysodotusten yhteyttä tässä tavoitteessa pysymiseen.

Tutkimukselle asetettiin aiempiin tutkimuksiin ja käytännön kokemukseen perustuen kaksi hypoteesia: 1) Päihdeongelmaisten pystyvyysodotukset hoidon alussa ja lopussa mitattuna sekä pystyvyysodotuksen vahvistuminen sairaalahoidossa ennakoivat potilaiden päihteiden käytön rajoittamistavoitteessa pysymistä hoitojakson jälkeisessä seurannassa (Burling & al. 1989; Solomon & Annis 1990; Ryhtarick & al. 1992; McKay & al. 1993; Sithartan & Kavanagh 1990). 2) Hoidon päättyessä mitattu alkoholin käytön pystyvyysodotus ennakoii hoitojakson jälkeistä päihteiden käytön rajoittamistavoitteessa pysymistä paremmin kuin hoitojakson alussa mitattu pystyvyysodotus (Sithartan & Kavanagh 1990).

Aineisto ja menetelmät

Aineisto

Tutkimusaineisto kerättiin Järvenpään sosiaalisairaalan kognitiivis-behavioraalisissa ryhmissä hoidetuilta alkoholiongelmaisilta. Voima-analyysin

(Duodecim, 1994) mukaan otokseen tarvittiin 62 potilasta. Sairaalan tutkimuksissa kato oli aiemmin ollut keskimäärin 35 prosenttia (mm. Koski-Jännes 1992; Holmberg 1995). Kadon varalta kerättiin 100 henkilön otos vähintään 21 vuorokauden pituiseen hoitoon tulleista potilaista. Sairaalahoidon keskeyttäneiden 42 henkilön (taulukko 1) tilalle valittiin uudet osallistujat samoin kriteerein.

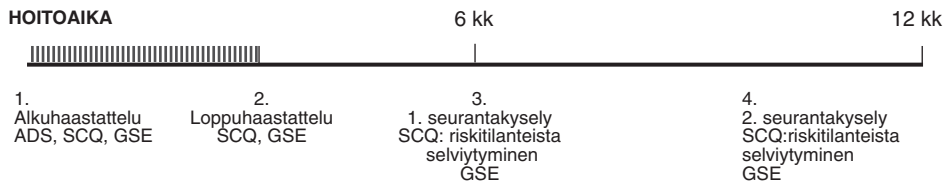
Potilaita informoitiin vapaaehtoisesta tutkimuksesta. Kaksi henkilöä kieltäytyi osallistumasta. Suostumuksen allekirjoittaneet haastateltiin seitsemän vuorokauden kuluessa hoitoon tulosta ja ennen hoidon päättymistä. Tietoja ei jäänyt puuttumaan, koska haastatteleva tutkija tarkisti, että kaikkiin kysymyksiin vastattiin, ja tietoja varmennettiin vielä hoitokertomuksista. Tutkimusasetelma ilmenee kuviosta 2.

Sairaalahoito koostui 3–4 kertaa viikossa pide-tyistä kognitiivis-behavioraalisista ryhmistä, yhteishoidosta, välitehtävistä ja luennoista (Järvenpään ..., 1994). Ryhmissä käytettiin G. A. Marlattin ja J. R. Gordonin (1985) Banduran teoriaan perustuvaa retkahduksen ehkäisy-ohjelmaa, jossa tarkastellaan riskeistä selviytymistä. Ryhmien vetäjinä toimivat hoito-ohjelmaan perehtyneet erikoissairaanhoidajat ja sosiaalityöntekijät. Ryhmät kestivät 1,5–2 tuntia. Hoidossa oli alkoholi-, huume-, lääke- ja sekakäyttö-ongelmaisia, sillä hoito-ohjelma soveltuu kaikille. Lama-aikana ryhmiä ei pidetty ulkoisista syistä yhtä tiiviisti kuin muulloin, vaikka sisältö oli sama.

Haastattelut tehtiin vuoden 1998 loppuun mennessä. Seurannat postitettiin puolen vuoden ja vuoden kuluttua. Seuranta-ajankohdat valittiin tulosten vertailtavuuden vuoksi samoiksi kuin useimmissa aiemmissa tutkimuksissa. Puolen vuoden kuluttua kyselyyn vastasi 71 prosenttia ja vuoden kuluttua 66 prosenttia tutkimushenkilöistä. Tutkimuksen tekijä keräsi, käsitteli ja raportoi tutkimusaineiston yksin.

Potilaat tulivat 42 paikkakunnalta ja hoidon pituuden vaihteluväli oli 21–96 vuorokautta. Iän keskiarvo oli 44 vuotta (sd [standardipoikkeama] = 9). Aineisto jaettiin ”nuoriin” (40 v. tai vähemmän) sekä ”keski-ikäisiin ja vanhempiin” (41 v. tai enemmän). Kolmannes oli vailla ammattikoulutusta, työelämässä oli 39 prosenttia. Puolet kuului työntekijöihin, kolmannes toimihenkilöihin ja loput työnantajiin tai yrittäjiin. Lapsettomia oli miehistä 57 prosenttia ja naisista 67 prosenttia (taulukko 2). Eri hoitoryhmien ja keskeyttäneiden välillä ei ollut eroja.

Kuvio 2. Tutkimusasetelma



Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja

Taustatieto	Hoidon alussa % N = 100	Sairaalahoidon keskeyttäneet, % N = 42	6 kk:n kuluttua % N = 71	12 kk:n kuluttua % N = 66
Sukupuoli				
mies	88	89	90	92
nainen	12	11	10	8
Ikäryhmä				
40-v. tai nuorempi	32	48	37	32
41-v. tai vanhempi	68	52	63	68
Perhetilanne				
naimaton	19	26	24	21
avo- tai avioliitossa	42	38	37	35
erossa asuva, eronnut	37	33	38	42
leski	2	1	1	2
Lasten lukumäärä				
0	58	55	58	64
1–4	42	45	42	36
Suhde lapsiin niillä, joilla oli lapsia				
hyvä tai kohtalainen, %	45 (N = 45)	36 (N = 15)	92 (N = 57)	91 (N = 37)
Suhde puolisoon niillä, joilla oli puoliso				
hyvä tai kohtalainen, %	36 (N = 36)	33 (N = 14)	92 (N = 41)	89 (N = 25)

Alkoholiriippuvuus-diagnoosista huolimatta 9 prosenttia käytti muitakin päihteitä. Alkoholin ongelmakäyttö oli alkanut keskimäärin 35-vuotiaana (vaihteluväli 14–61), puolella alle viisi vuotta sitten (taulukko 3). Alcohol Dependence Scale -mittarin (ADS) keskiarvo 22 pistettä (sd = 8) ei poikennut keskeyttäneiden tai eri hoitoryhmien arvoista. Yli 75 prosenttia käytti alkoholia vähintään lähes päivittäin, miehet keskimäärin 25 (vaihtelu 2–56) ja naiset 18 (vaihtelu 7–30) annosta.

Potilaista 67 prosenttia oli ensi kertaa päihdehoidossa. Säännöllisessä avohoidossa olivat olleet A-klinikka-, mielenterveystoimisto- tai muissa

palveluissa eniten 41–50-vuotiaat. Miehistä joka viides ja naisista joka kolmas oli käynyt epäasianöllisesti AA:ssa ennen hoitoa. Alkoholiriippuvuuden vakavuus ei ollut yhteydessä käyntimääriin.

Menetelmät

Alkoholin käytön riskitilanteisiin liittyviä pystyvyyssodotuksia mitattiin Situational Confidence Questionnaire (SCQ) 39-osioisella versiolla (Annis 1988), johon lisättiin 11 suomalaisille tyyppilistä (Koski-Jännes & Johansson 1988) ulkoisen kontrollin vähenemistilannetta. Kyselyssä mitattiin juomishimon vastustuskykyä prosentteina eri-

Taulukko 3. Potilaiden päihteiden käyttö, käsitys ongelmasta ja hoitotavoitteet

	6 kk:ta ennen hoitoa % N = 100	Sairaalahoidon keskeyttäneet, % N = 42	6 kk:n kuluttua % N = 71	6–12 kk:n kuluttua % N = 66
Päihteiden käyttötiheys				
päivittäin	47	48	9	4
4–6 kertaa viikossa	17	14	6	12
2–3 kertaa viikossa	14	10	14	23
kerran viikossa	4	-	7	12
2–3 kertaa kuukaudessa	6	7	12	1
kerran kuukaudessa	1	5	4	3
2–3 kertaa puolessa vuodessa	6	2	6	5
1–2 kertaa puolessa vuodessa	5	14	14	11
0 kertaa puolessa vuodessa	-	-	28	29
Keskim. alkoholiannosmäärä vaihteluväli	24 2–56	23 6–50	17 0–120	17 0–180
Keskim. täysin raittiita päiviä vaihteluväli	29 0–180 vrk	32 0–180 vrk	106 0–180 vrk	100 0–180 vrk
Oma käsitys ongelmasta				
alkoholi	91	93	51	49
sekakäyttö	9	5	7	6
muu (psykkinen ongelma)	-	2	4	4
en osaa sanoa	-	-	8	9
ei ongelmaa	-	-	30	32
Hoitotavoite				
juomisen lopettaminen	65	73	47	39
kohtuus	18	17	31	35
tilanteen säilyttäminen	1	-	11	15
en osaa sanoa	16	10	11	11
käynyt AA:ssa	27	19	28	21
käyttänyt antabusta	23	12	25	20

tyyppisissä riskitilanteissa. Suomennoksen tarkasti englannin kielen hyvin hallitseva päihdetutkija, ja lomakkeen ymmärrettävyys testattiin kognitiivis-behavioraalisten ryhmien potilailla (N = 16). Seurannassa SCQ:n riskitilanteita tarkasteltiin asteikolla ”Menetin alkoholin käytön hallintani tilanteessa, jossa ... (tilanne): 1) En kertaakaan, 2) Kerran-pari, 3) Useammin”. Vastaamatta jättäneiden tulkittiin menettäneen kyseisten riskitilanteiden hallinnan. Yleistyneen pystyvyysodotuksen mittaamiseen käytettiin Generalized Self-Efficacy -mittaria (GSE).

Potilaiden ICD-10-luokituksen mukaiset alkoholiriippuvuus-diagnoosit todettiin hoitokertomuksista. Riippuvuuden vakavuuden mittaamiseen käytettiin Alcohol Dependence Scale -mittaria (ADS) (Skinner & Horn 1984). Riippuvuus luokitellaan mittarissa lievään, keskitasoiseen, keskivaikeaan ja vaikeaan. Kohtuus määriteltiin suosi-

tellusti (Sillanaukee 1990): miehillä enintään seitsemän ja naisilla enintään viisi vuorokausiannosta (sekä miehillä 24 ja naisilla 16 viikkoannosta).

SCQ on osoitettu reliabeleiksi ja validiksi kulttuurista riippumatta (Sandahl & al. 1990; Miller & al. 1989). Myös ADS ja GSE on todettu reliabeleiksi (Schwarzer 1993; Härkäpää 1995). SCQ:n reliabiliteetti oli tässä tutkimuksessa Cronbachin alfalla mitattuna hoidon alussa .94 ja hoidon päättyessä .97. Mittarit osoittautuivat käyttökelpoisiksi.

Hypoteesit testattiin potilaiden tavoitteiden – juomisen lopettaminen, kohtuus tai tilanteen säilyttäminen ennallaan – mukaisesti. Jos vastaaja ei osannut määritellä tavoitettaan, se tulkittiin kohtuukäyttökriteerein. Tavoitteessa pysymistä tarkasteltiin seurannassa puolen vuoden jaksoina. Analyysimenetelminä olivat prosenttitaulukot, korrelaatiokertoimet ja logistinen regressioana-

Taulukko 4. Riskitilanteisiin liittyvien (SCQ) ja yleisten (GSE) pystyvyysodotusten muutos hoitoaikana

Mittari	Pistemäärien keskiarvot		t	df	p
	alussa	lopussa			
SCQ	59,6	81,4	12,232	99	.000
0 % -vastausten lkm	6,8	0,7	7,292	99	.000
GSE	29,5	30,8	3,403	99	.000

Taulukko 5. Riskitilanteisiin liittyvien pystyvyysodotusten muutos hoitoaikana (N = 100)

Riskitilanne	Pistemäärien keskiarvot hoidon			t	df	p
	alussa	lopussa	muutos			
Miellyttävät sosiaaliset tilanteet	48	77	30	-10,757	99	.000
Juomiskontrollin kokeilu	51	75	24	-6,877	99	.000
Juomishimot ja houkutukset	61	83	22	-9,684	99	.000
Epämiellyttävät tunteet	59	79	21	-9,346	99	.000
Ulkoisen kontrollin väheneminen	56	75	19	-8,314	99	.000
Fyysiset vaivat	72	86	14	-6,909	99	.000
Sosiaaliset jännitteet	71	85	14	-6,848	99	.000
Sosiaaliset ongelmat työssä	75	89	14	-5,867	99	.000
Miellyttävät tunteet	57	68	11	-4,102	99	.000

lyysi. Otoksen tilastollisesti merkitsevä korrelaatio 5 prosentin riskitasolla oli .20. Logististen regressioanalyysien selittävien muuttujien määrä päätettiin kaden ja puuttuvien tietojen perusteella.

Ensimmäisessä hypoteesissa oli selitettävänä muuttujana hoitotavoitteessa pysyminen seurannoissa: 1 = pysyi tavoitteessa ja 0 = epäonnistui tavoitteessa. Selittäjinä käytettiin hoidon alun SCQ:n keskiarvoa (pystyvyysodotukset hoidon alussa), hoidon lopun SCQ:n keskiarvoa (pystyvyysodotukset hoidon lopussa) ja niiden erotusta: 1 = vahvistunut ja 0 = ei ole vahvistunut. Toisessa hypoteesissa verrattiin hoidon alku- ja loppuvaiheiden pystyvyysodotuksia ja hoitotavoitteessa pysymistä.

Selittäjinä käytettiin SCQ:n pystyvyysodotuspisteitä hoidon alussa ja lopussa, odotusten tilastollisesti merkitsevää vahvistumista (riippuvien ryhmien pareittainen t-testi), ADS:n alkoholi-riippuvuuden vakavuutta, ongelmajuomisen kestoa ja käytettyä päihdettä, jotka lisättiin etenevään logistiseen regressiomalliin yksitellen. Selitettävänä olivat alkoholin käyttötavoitteessa pysyminen ja riskitilanteet, joissa asiakas menetti alkoholin käytön hallinnan. Analyysiin liitettiin myös puutteelliset seurantatiedot, jotka tulkittiin epäonnistuneiksi (0 = tavoitteessa epäonnistunut, 1 = tavoitteessa pysynyt). Muutosten merkitsevyys testattiin pareittaisilla t-testeillä.

Tulokset

Hoitoon tulo- ja päätösvaiheen pystyvyysodotukset ilmenevät taulukosta 4. SCQ:n pisteiden muutoksen keskiarvo 22 (sd = 18) oli erittäin merkitsevä. Pystyvyysodotukset vahvistuivat hoidossa 90 prosentilla. Sukupuoli, hoitoryhmä tai hoidon kesto eivät olleet yhteydessä tuloksiin eivätkä keskeyttäneet eronneet hoidetuista. Hoidon alun SCQ:n riskitilanteiden 0 % -vastausten määrällä oli yhteys odotusten vahvistumiseen hoidossa ($r = .55, p < .001$), mitä loppumittaus tuki: 0 % -vastausten yhteys muutokseen oli hoidon lopussa päinvastainen ($r = .41, p < .001$).

Myös yleistyneet pystyvyysodotukset vahvistuivat hoidossa (taulukko 4). Seurannan keskeyttävien ja siinä pysyneiden tulokset eivät eronneet toisistaan. Tilastollisesti merkitseviä positiivisia muutoksia tapahtui kaikissa SCQ:n riskitilanteissa (taulukko 5). Muutos oli yhtä suuri sekä Helen Annisin uudelleen nimeämissä Marlattin riskitilanteissa että suomalaisille tyypillisessä ”ulkoisen kontrollin vähenemisessä”. Suurin muutos tapahtui ”miellyttävässä sosiaalisessa tilanteessa”, pienin ”miellyttävien tunteiden” riskitilanteissa.

Tulokset eivät antaneet riittävää tukea hypoteeseille. Hoidon alun ja lopun pystyvyysodotukset ja niiden muutos eivät ennakoineet merkitsevästi tavoitteessa pysymistä seurannoissa. Hoidon päät-

Taulukko 6. Pystyvyysodotusten yhteys tavoitteessa pysymiseen 6 kk:n ja 12 kk:n seurannoissa

Hypoteesi I	Score	df	Sig	R	B	S.E.	Wald	df	Sig
6 kk:n seuranta					-1.3863	.2500	30.7483	1	.0000
SCQ alussa	1.3757	1	.2408	.0000					
SCQ lopussa	.0019	1	.9652	.0000					
SCQ:n muutos hoidossa	1.4506	1	.2284	.0000					
12 kk:n seuranta					-1.5855	.2662	35.4727	1	.0000
SCQ alussa	.0193	1	.8896	.0000					
SCQ lopussa	.4831	1	.4870	.0000					
SCQ:n muutos hoidossa	.2148	1	.6431	.0000					
Hypoteesi II	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)		
6 kk:n seuranta									
SCQ alussa	.0218	.0166	1.7109	1	.1909	.0000	1.0220		
SCQ lopussa	-.0118	.0186	.4027	1	.5257	.0000	.9883		
vakiotermi	-1.7587	1.3958	1.5876	1	.2077				
12 kk:n seuranta									
SCQ alussa	.0031	.0170	.0322	1	.8576	.0000	1.0031		
SCQ lopussa	-.0130	.0187	.4825	1	.4873	.0000	.9871		
vakiotermi	-.7239	1.3866	.2726	1	.6016				

tymisvaiheen odotukset ennakoivan alussa mitattuja paremmin alkoholin käytön rajoittamista-tavoitteessa pysymistä, eivät kuitenkaan tilastollisesti merkitsevästi (taulukko 6).

Yli kolmannes selviytyi puoli vuotta menettä-mättä hallintaansa kertaakaan. Parhaiten selvi-dyttiin ”työhön liittyvien sosiaalisten ongelmien” riskeistä, toiseksi parhaiten ”ulkoisen kontrollin vähenemisestä” ja kolmanneksi ”sosiaalisista jän-nitteistä”. Vuoden kuluttua jälleen kolmannes sel-visi kaikista riskeistä, 12 prosenttia menetti hal-linnan kerran pari ja yli puolet useammin. Par-haiten selviydyttiin sosiaalisissa tilanteissa (”so-siaaliset ongelmat työssä”, ”sosiaaliset jännitteet”, ”miellyttävät sosiaaliset tilanteet”). Useimmin hal-linta menetettiin ”fyysisissä vaivoissa”, ”juomis-kontrollin kokeilussa” sekä ”epämiellyttävissä tun-teissa”.

Kontrollin menetystilanteiden vaihteluväli oli 0–50, keskiarvo oli 6 (sd = 11). Tarkastelussa oli koko aineisto, olettaen vastaamatta jättäneiden menettäneen alkoholin käytön hallintansa kaikis-sa riskitilanteissa. Aineiston jatkokäsittelyssä ta-voitteessa pysyneiksi laskettiin ne, joiden juomis-vuorokauden alkoholiannosmäärä ei ylittänyt kohtuukäyttöä.

Hoidon alussa lievemmin alkoholiriippuvaiset odottivat selviytyvänsä riskitilanteista vakavam-

min riippuvaisia paremmin ($r = .36, p < .001$). Yhteys ikään ($r = .30, p < .001$) ja yleiseen pysty-vyysodotukseen ($r = .29, p < .001$) oli positiivinen. Hoidon lopun SCQ:n keskiarvo oli yhteydessä tulovaiheen alkoholiriippuvuuden vaikeuteen ne-gatiivisesti ($r = -.28, p < .001$): mitä lievempi riip-puvuus, sitä suuremmat odotukset. SCQ-piste-määrä oli yhteydessä yleiseen pystyvyysodotuk-seen (GSE) alussa ($r = .43, p < .001$) ja lopussa ($r = .43, p < .001$). Ne, jotka hoidon alussa ja lopus-sa uskoivat yleiseen selviytymiseensä, uskoivat sel-viityvänsä myös alkoholiriskeistä.

Pystyvyysodotusten keskiarvo oli puolen vuo-den kuluttua 29 (vaihteluväli 14–40, sd = 6). Yli 41-vuotiailla muutos hoidon lopusta, keskiarvo 30, oli melkein merkitsevä ($p < .05$) ja keskivaka-vasti alkoholiriippuvaisten muutos (keskiarvo 28 pistettä) merkitsevä hoidon alkuun ($p < .007$) ja loppuun ($p < .003$) verrattuna. Ongelman kestol-la tai juomismäärällä ei ollut tähän yhteyttä. Yleis-tyneet pystyvyysodotukset heikkenivät puolen vuoden ja vuoden seurantojen välillä ($t = 2,27, df = 44, p = .018$).

Puolen vuoden kuluttua 9 prosenttia ja vuo-den kuluttua 4 prosenttia kertoi käyttävänsä al-koholia päivittäin. Raittius- tai kohtuustavoit-teessa pysyneitä oli puolen vuoden kuluttua 31 prosenttia, loput 69 prosenttia olivat suurkulut-

tajia. Vuoden kuluttua vastaavat prosenttiluvut olivat 26 ja 74. Vuoden kuluttua viidennessä jätti avohoidon käyttämättä. Terveyspalveluita ja psykiatriasta sairaalaa käytettiin enemmän vuoden kuin puolen vuoden kuluttua.

Pohdinta

Tutkimuksella haluttiin selvittää, mitä pystyvyyssodotuksille tapahtuu sairaalahoidossa ja miten ne ovat yhteydessä alkoholin käytön rajoittamistavoitteessa pysymiseen hoidon jälkeen. Tuloksena oli, että potilaiden pystyvyyssodotukset todella vahvistuivat hoidossa. Hoidon aikaisilla odotuksilla ei sen sijaan ollut merkittävää yhteyttä alkoholin käytön rajoittamiseen seurannan aikana. Hypoteesit eivät saaneet odotettua tukea.

Keskimääräistuloksiin nojautuvan voima-analyysin mukainen aineisto jäi ulkoisista syistä liian pieneksi. Mukaan otettiin yhdeksän henkilöä, joilla oli alkoholiriippuvuuden ohella jonkin verran muiden päihteiden käyttöä. Heidät olisi voinut suuremmassa aineistossa karsia otoksesta. Tosin heidän tuloksensa eivät poikenneet muista. Laman lyhyiden hoitoaikojen vuoksi tutkimukseen soveltuvia jäi otoksen ulkopuolelle. Ehkä samoista syistä sairaalahoitoja keskeytettiin. Homogeenisemmän aineiston keräämiseen olisi mennyt ainakin kaksi kertaa pidempi aika. Odottaminen suuremman aineiston keräämiseksi ei ollut käytännössä mahdollista.

Seurantatuloksia on tulkittu konservatiivisesti: puutteellisesti seurantoihin osallistuneet oletettiin epäonnistuneiksi, vaikka vastaamattomuuteen saattoi olla muita syitä. Toisenlainen luokittelu olisi antanut positiivisemmat tulokset. Tuloksiin voi vaikuttaa sekin, ettei ryhmiä toteutettu lama-aikana yhtä tiivistä kuin muulloin, vaikka niiden sisältö pysyi samana. Neljään kyselyyn vastaaminen vuoden sisällä voi heikentää validiteettia, sillä edelliset vastaukset saattoivat vaikuttaa seurantoihin. Potilaiden tavoite-erot, elämäntilanteet ja pitkä seuranta saattoivat vaikuttaa tuloksiin ja vastaajien saattoi olla vaikeaa hahmottaa elämäänsä puolen vuoden jaksoina kyselyiden ohjeista huolimatta. Lyhyempi seuranta-aika olisi ehkä antanut tarkempaa tietoa heti hoidon jälkeen tapahtuvasta alkoholin käyttöön retkahtamisesta.

Hoitoteoriat ja eräät tutkimukset tukevat nyt saatua tulosta hoidon aikaisesta pystyvyyssodotusten muutoksesta (mm. Wilson 1980, 295–296;

Burling & al. 1989; Rychtarick & al. 1992). Muutoksen suuruus heijastaa ehkä hoidon laatua: lyhyenäkin se oli pystyvyyssodotuksiin vaikuttavaa. Käsitys alkoholin käytön hallintamahdollisuuksista vahvistui, mihin liittyy myös sairaalayhteisössä päihteettömänä eläminen. Jos muutos on yhteydessä pystyvyyttä koskevan tietolähteen luotettavuuteen, niin voidaan ajatella, että potilaat luottivat hoitokokemuksiinsa, minkä on todettu vaikuttavan muutokseen tietoa tai sijaiskokemuksia enemmän (Rosentahl & Bandura 1978, 641–642).

Eräät aiemmat tutkimukset tukevat nyt saatua tulosta. Pystyvyyssodotukset eivät ennakoineet selviytymistä (Langenbucher & al. 1996) ja niillä ei ollut yhteyttä juomisen vähentämiseen (Cook & al. 1996). Hoidon päätösvaiheen pystyvyyssodotuksilla ei voitu ennakoida puolen vuoden selviytymistä (Burling & al. 1989). Samaan päädyttiin puolen vuoden ja vuoden seurannoissa (Rychtarick & al. 1992). Seurannoissa pystyvyyssodotuksilla oli yhteys selviytymiseen puoli vuotta, mutta ei enää 7–12 kuukauden jälkeen (McKay & al. 1993). Vastaava ilmiö havaittiin tässä tutkimuksessa puolen vuoden ja vuoden seurannoissa.

Hoidon päättymisvaiheen odotukset ennakoivat alkoholin käyttöä puolen vuoden seurannassa (Sitharthan & Kavanagh 1990). Sama havaittiin kolmen kuukauden seurannassa: jatkohoidosta hyötyivät eniten ne, joiden pystyvyyssodotukset olivat hoidon päättyessä heikot (Goldbeck & al. 1997). Tämän tutkimuksen vuoden seurannassa vastaavaa ei havaittu.

Aiemmin selviytymiseen liittyviksi tekijöiksi on havaittu hoitoa edeltänyt alkoholin kulutus (Solomon & Annis 1990), alkoholin käyttötiheys (Saarnio & al. 1998) ja taustalla olevan riippuvuuden vakavuus (Sitharthan & Kavanaugh 1990; Langenbucher & al. 1996) sekä alkoholin vaikutuksiin liittyvät odotukset, muutosmotivaatio, selviytymiskeinojen hallinta, juomishimon voimakkuus, mieliala ja käsitys alkoholismista sairautena (Miller 1996). Näitä tekijöitä ei tutkimuksessa voitu tarkastella, vaikka niillä saattoi olla yhteyttä tavoitteissa pysymiseen. Selviytymistä parantavat jatkohoito (McKay & al. 1993), toimivat sosiaaliset verkostot (Brown & al. 1995; Saarnio & al. 1998), lasten kanssa asuminen ja AA:n kokouksiin osallistuminen (Koski-Jännes 1992; Holmberg 1995). Pystyvyyssodotus voi toimia hoitoa ja seurantatuloksia välittävänä tekijänä (Allsop & al. 2000).

Sairaalahoidolle on myönteistä, että pystyvyysodotukset vahvistuvat hoidon aikana. Yleistyneiden pystyvyysodotusten merkityksellisyys viittaa monipuolisten, ihmisen kokonaisuutena huomioon ottavien hoito-ohjelmien hyödyllisyyteen: päihteiden käytön hallinnan odotusten vahvistumisen ohella tarvitaan yleisesti omaan elämään vaikuttamiseen liittyvää pystyvyysodotusten vahvistumista.

Hoidosta kotiutuvat lipsuvat usein päihteiden käyttöön, mikä voi paradoksaalisesti selkiyttää tavoitteita selviytymishaasteiden konkretisoituessa. Avohoidossa voitaisiin ehkä nykyistä enemmän tukea potilaiden tavoitteisiin, toimintaan, selviytymiseen ja toipumiseen liittyviä pystyvyysodotuksia (Schwarzer 1999) itsesäätelyyn ja tavoitteisiin liittyvien ongelmien ilmetessä. Muutosprosessin vaikein ja mahdollisesti konkreettisempia suunnitelmia edellyttävä vaihe saattaa olla erityisesti päätöksen ja toteutuksen välillä.

Päihteiden käytön äskettäin lopettaneiden kognitiivinen vastaanotto- ja prosessointikyky ei yleensä ole hoitosisällön omaksumiseen nähden parhaimmillaan. Osa asiakkaista saattaisi siksi hyötyä pitemmästä sairaalahoidojaksosta. Yksilöllisempi asiakkaan päihteistä vieroittautumisen – ja muutosprosessin vaiheen huomioon ottaminen hoitosuunnitelman lähtökohtana saattaisi parantaa tuloksia. Muutosprosessin myöhemmät vaiheet retkahduksineen toteutuvat suureksi osaksi sairaalahoidon jälkeen ja ovat erityisesti avohoidon haaste.

Jatkohoitoon hakeutumattomuus on useimmille riski. Sairaalassa alkoholin käytön hallinta on helppoa, mutta ongelmia tulee konkreettisissa riskitilanteissa. Voidaankin kysyä, kiinnitetäänkö päihdehoidossa vieläkin riittävästi huomiota laitospäivä- ja avohoidon jatkuvuuteen ja yhteistyöhön vai mielletäänkö ne edelleen erillisiksi ”moduuleiksi”? Siirtyminen sairaalan ulkoisesta alkoholin käytön kontrollista sisäiseen ei ole ongelmatonta. Tukea tarvittaisiin erityisesti kotiuduttaessa ja elä-

män kriisitilanteissa, joissa päihdeongelmaiset jäävät usein yksin tai hoitoon pääsy on vaikeaa.

Stressitilanteissa retkahdusta ennakoivia tekijöitä on heikkojen pystyvyysodotusten ohella selviytymiskeinojen ja sosiaalisen tuen puute. Stressin hallinnan opetus (Brown & al. 1995; Noone & al. 1999; Skutle 1999), sosiaaliset tukiverkot ja pystyvyysodotusten tukeminen parantaisivat vaikeista elämäntilanteista selviytymistä. Päihdeongelmaiset ovat usein työttömiä ja yksin eläviä, eikä heillä ole mielekkäitä päihteiden käytön rajoittamisen kontrolli- ja tukiverkostoja. Siksi niiden rakentaminen jo hoidon aikana olisi tärkeää.

Jos hoitotuloksia halutaan parantaa, kannattaisi samaan hoitomenetelmään perustuvaa avo- ja laitoshoidoa jaksottaa ja yhdistää. Pitkäjänteisyys loisi edellytyksiä päihteiden käytön hallintaan perustuvan elämäntavan vakiinnuttamiselle. ”Yhdistelmähoitoa” kannattaisi ammatillisena sosiaalisena tukena jatkaa niin kauan, että potilaan selviytymistä koskevat pystyvyysodotukset vahvistuvat riittävästi.

Sekä alkoholi- että huumeongelmaisten hoidon yhteyttä pystyvyysodotusten muutokseen kannattaisi tutkia. Sillä voi olla kansanterveydellistäkin merkitystä: Pystyvyysodotusten vahvistuminen voi ilmetä rohkaistumisena vastuun ottoon omasta elämästä, hoitoon sitoutumisena tai työelämään ja koulutukseen hakeutumisena. Olisi myös hyvä selvittää, millaiset kokemukset vahvistavat pystyvyyden tunnetta ja millaisissa tilanteissa tarvittaisiin lisätukea.

Erityisesti kannattaisi tutkia pystyvyysodotusten heikentymistä noin puolen vuoden kuluessa hoidon päättymisestä. Jatkohoidon määrän, laadun ja jatkuvuuden merkitystä kannattaisi myös tutkia. Tähän liittyy monia kysymyksiä: mm. miten laitos- ja avohoito sopivat yhteen, miten koetaan siirtyminen yhdestä hoidon viitekehyksestä toiseen, mitä seurauksia potilaalle on siitä, ettei hän hakeudu jatkohoitoon, ja miten erilaiset potilasryhmät ja hoito-ohjelmat sopivat yhteen?

KIRJALLISUUS

- ALLSOR, STEVE & SAUNDERS, BILL & PHILLIPS, MIKE: The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction* 95 (2000): 1, 95–106
- AMODO, MARYANN & KURTZ, NORMAN: Cognitive Processes and Abstinence in a Treated Alcoholic Population. *The International Journal of the Addictions* 25 (1990): 9, 983–1009

- ANNIS, HELEN M.: *Situational Confidence Questionnaire*. Ontario, Canada: Addiction Research Foundation, 1982
- ANNIS, HELEN M. & MARTIN, GRAHAM J.: *Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39). User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1988
- BANDURA, ALBERT: *Social foundations of thought and*

- action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986
- BROWN, SANDRA A. & VIK, PETER W. & PATTERSON, THOMAS L. & GRANT, IGOR & SCHUCKIT, MARC A.: Stress, Vulnerability and Adult Alcohol Relapse. *Journal of Studies on Alcohol* 56 (1995): 5, 538–545
- BURLING, THOMAS A. & REILLY, PATRICK M. & MOLTZEN, JUDITH O. & ZIFF, DANIEL C.: Self-Efficacy and Relapse among Inpatient Drug and Alcohol Abusers: A Predictor of Outcome. *Journal of Studies on Alcohol* 50 (1989): 4, 354–360
- COOK, ROGER F. & BACK, ANITA S. & TRUDEAU, JAMES: Preventing Alcohol Use Problems among Blue-Collar Workers: A Field Test of the *Working People* Program. *Substance Use and Misuse* 31 (1996): 3, 255–275
- DICLEMENTE, CARLO C. & CARBONARI, JOSEPH P. & MONTGOMERY, ROSARIO P. G. & HUGHES, SHERYL O.: The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol* 55 (1994): 2, 141–148
- DUODECIM: Kliiniset lääketutkimukset 10.–11.5.1994 -seminaarissa Tuusulassa jaettu kirjallinen materiaali, voima-analyysi
- EASTMAN, CLIVE & MARZILLIER, JOHN S.: Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research* 8 (1984), 213–229
- GOLDBECK, RAINER & MYATT, PAUL & AITCHISON, TOM: End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction* 92 (1997): 3, 313–324
- GREENFIELD, SHELLY F. & HUFFORD, MICHAEL R. & VAGGE, LISA M. & MUENZ, LARRY R. & COSTELLO, MARGARET E. & WEISS, ROGER D.: The Relationship of Self-Efficacy Expectancies to Relapse among Alcohol Dependent Men and Women: A Prospective Study. *Journal of Studies on Alcohol* 61 (2000): 4, 345–351
- HOLMBERG, NILS: Identifikationsprocesser och behandling av alkoholproblem. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia 1/1995. Helsinki 1995
- HÄRKÄPÄÄ, KRISTIINA: Optimismi, kompetenssi ja selviytymiskeinot. Käsitteiden ja empirian tarkastelua kuntoutuksen näkökulmasta. Työselosteita 11/1995. Kuntoutussäätiö, Malminkartanon Kuntoutuskeskus 1995
- JÄRVENPÄÄN SOSIAALISAIRAALAN ESITE. Strukturoitu yhteisöhoito, 1994
- KALLIO, TARJA: Alkoholin käytön hallittavuuden käsitys: Alkoholiongelmiaisten laitoshoidojakson aikana tapahtuvan muutoksen tarkastelua ”Drinking related locus of control” -mittarilla. Pro gradu -tutkielma. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos 11/1989. Helsinki: Helsingin yliopisto, 1989
- KOSKI-JÄNNES, ANJA: Alcohol Addiction and Self-Regulation. A Controlled Trial of a Relapse Prevention Program for Finnish Inpatient Alcoholics. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, vol. 41. Helsinki 1992
- KOSKI-JÄNNES, ANJA & JOHANSSON, JAN: Mihin Suomessa retkahdetaan? Alkoholipolitiikka 53 (1988): 3, 122–131
- LANGENBUCHER, JAMES & SULESUND, DORTES & CHUNG, TAMMY & MORGENSTERN, JAMES: Illness severity and self-efficacy as course predictors of DSM-IV alcohol dependence in multisite clinical sample. *Addictive Behaviors* 21 (1996), 543–553
- LONG, CLIVE G. & HOLLIN, CLIVE R. & WILLIAMS, MARTIN J.: Self-Efficacy, Outcome Expectations and Fantasies as Predictors of Alcoholics' Post-treatment Drinking. *Substance Use and Misuse* 33 (1998): 12, 2383–23402
- MARLATT, G. ALLAN & GORDON, J. R.: Relapse prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. London: The Guilford Press, 1985
- MCKAY, JAMES R.: Studies of Factors in Relapse to Alcohol, Drug and Nicotine Use: A Critical Review of Methodologies and Findings. *Journal of Studies on Alcohol* 60 (1999), 566–576
- MCKAY, JAMES R. & MAISTO, STEPHEN A. & O'FARRELL, TIMOTHY J.: End-of-Treatment Self-Efficacy, Aftercare, and Drinking Outcomes of Alcoholic Men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17 (September/October 1993), 1078–1083
- MCLELLAN, A. THOMAS: 'Psychiatric Severity' as a Predictor of Outcome from Substance Abuse Treatments. In: Myer, R. (ed.): *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York: The Guilford Press, 1986
- MCLELLAN A. THOMAS & LUBORSKY, LESTER & WOODY, G. E. & O'BRIEN, CHARLES P. & DRULEY, K.: Predicting Response to Alcohol and Drug Abuse Treatments. Role of Psychiatric Severity. *Archives of General Psychiatry* 40 (1983), 620–625
- MERCIER, CÉLINE & BROCHU, SERGE & GIRARD, MICHEL & GRAVEL, JACQUELINE & OUELLET, ROCH & PARÉ, RODRIQUE: Profiles of Alcoholics According to the SCL-90-R: A Confirmative Study. *International Journal of Addictions* 27 (1992): 11, 1267–1282
- MILLER, PETER J. & ROSS, S. M. & EMERSON, R. Y. & TODT, E. H.: Self-Efficacy in Alcoholics: Clinical Validation of the Situational Confidence Questionnaire. *Addictive Behaviors* 14 (1989), 217–224
- MILLER, WILLIAM R. & WESTERBERG, VERNER S. & HARRIS, RICHARD J. & TONIGAN, SCOTT J.: What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 91 (1996): Suppl., 155–172
- NOONE, MATTHEW & DUA, JAGDISH & MARKHAM, ROSLYN: Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. *Addictive Behaviors* 24 (1999), 687–693
- OEI, TIAN P. & BURROW, TAMARA: Alcohol Expectancy and Drinking Refusal Self-Efficacy: A Test of Specificity Theory. *Addictive Behaviors* 25 (2000): 4, 499–507
- ROSENTAHL, T. L. & BANDURA, ALBERT: Psychological Modelling: Theory and Practice. In: Garfield, S. L. & Bergin, A.: *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. An empirical analysis. New York:

- John Wiley & Sons, 1978
- RYCHTARIK, ROBERT G. & PRUE, DONALD M. & RAPP, S. R. & KING, A. C.: Self-Efficacy, Aftercare and Relapse in a Treatment Program for Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 53 (1992): 5, 435–440
- SAARNIO, PEKKA & TOLONEN, MARJO & HEIKKILÄ, KATJA & KANGASSALO, SANNA & MÄKELÄINEN, MARJA-LEENA & NIITTY-UOTILA, PÄIVI & VILENIUS, LAURA & VIRTANEN, KRISTA: Päihdeongelmaisten selviytyminen hoidon jälkeen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 35 (1998): 4, 207–219
- SALTZER, ELEANOR B.: The relationship of personal efficacy beliefs to behaviour. *British Journal of Social Psychology* 21 (1982), 213–221
- SANDAHL, CHRISTER & LINDBERG, STAFFAN & RÖNNBERG, STEN: Efficacy expectations among alcohol-dependent patients – a Swedish version of the Situational Confidence Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism* 25 (1990): 1, 67–73
- SCHWARZER, RALF: Self-Regulatory Processes in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. The Role of Optimism, Goals, and Threats. *Journal of Health Psychology* 4 (1999): 2, 115–127
- SCHWARZER, RALF: Measurement of Perceived Self-Efficacy. *Psychometric Scales for Cross-Cultural Research*. Forschung an der Freien Universität Berlin, 1993
- SILLANAUKEE, PEKKA: Hallittua juomista. Helsinki: Oy Alko Ab, Biolääketieteen osasto ja Alkoholipoliittinen suunnittelu- ja tiedotusosasto, 1990
- SITHARTAN, T. & KAVANAGH, D. J.: Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence* 27 (1990), 87–94
- SKINNER, HARVEY A. & HORN, JOHN L.: *Alcohol Dependence Scale. User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1984
- SKUTLE, ARVID: Association between gender and marital status and confidence in remaining abstinent among alcohol abusers in treatment. *Addiction* 94 (1999): 8, 1219–1225
- SOLOMON, KAREN E. & ANNIS, HELEN M.: Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction* 85 (1990), 659–665
- WILSON, T. G.: Toward Specifying the "Non-Specific" Factors in Behaviour Therapy. A Social-Learning Analysis. In: Mahoney, Michael J. (ed.): *Psychotherapy Process*. Current Issues and Future Directions. New York: Plenum Press, 1980.

ENGLISH SUMMARY

Tarja Kallio: Self-efficacy, treatment and drinking control (Pystyvyyssodotukset, hoito ja alkoholin käytön hallinta)

Cognitive-behavioural programmes have long been used in the treatment of alcoholics. In spite of the broad agreement on the importance of the concept, there is no earlier research in Finland into the self-efficacy of people with alcohol problems.

The aim of this study was to open up new insights into the treatment of substance abusers. Its specific concerns were with the connections of self-efficacy and post-treatment substance use of patients treated with cognitive-behavioural group therapy, and relapse-risk situations of Finnish substance abusers.

Patients (n = 100) of the Järvenpää Addiction Hospital were interviewed at the beginning and at the end of their in-patient treatment with SCQ, GSE and ADS.

Follow-up information was gathered 6 and 12 months later by postal questionnaire. Percentage tables, correlations, logistic regressions and t-tests were used in the statistical analysis of the data.

The results showed that patients' drinking-related self-efficacy and general self-efficacy improved significantly during treatment. No connection was seen between drinking-related self-efficacy and post-treatment substance abuse either at the beginning or at the end of treatment. The implications to treatment programmes are discussed.

KEY WORDS

Alcohol problems, addiction treatment, cognitive-behavioural treatment, self-efficacy, drinking control, Finland